



TITLE:

学会抄録 第200回日本泌尿器科学 会東海地方会

AUTHOR(S):

CITATION:

学会抄録 第200回日本泌尿器科学会東海地方会. 泌尿器科紀要 1999,
45(1): 73-76

ISSUE DATE:

1999-01

URL:

<http://hdl.handle.net/2433/113957>

RIGHT:

学会抄録

第200回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1998年6月13日(土), 於 名古屋国際会議場)

胎児治療により膀胱瘻が造設されたブルンベリー症候群の1例: 丸山哲史, 窪田泰江, 小島祥敬, 林祐太郎, 線崎博哉, 安井孝周, 田貫浩之, 中平洋子, 藤田圭治, 坂倉 毅, 上田公介, 郡健二郎(名古屋大) [症例] 生後1日目, 男児。[主訴] 胎児膀胱瘻の逸脱。[経過] 胎児エコーによりブルンベリー症候群と診断され, 当産科により膀胱瘻が増設された。その後羊水減少が認められ, 在胎33週誘発分娩された。尿道狭窄を認め, 胎児膀胱瘻の摘出後に, 膀胱皮膚瘻を増設した。術後は尿路感染もなく経過良好である。[まとめ] 今回の症例では羊水減少を伴う重症例にもかかわらず, 腎機能, 肺機能とも比較的保たれていた。早期に施行された積極的な治療が有効であった症例であった。胎児膀胱瘻が腹腔内に逸脱したが, 生後2日目に膀胱皮膚瘻増設術を施行し, この症例を救命しえた。

二次性上部尿路狭窄に対するホルミウムヤグレーザーによる経皮的切開術を施行した2例: 福原信之, 加藤真史, 山田浩史, 西村達弥, 水谷一夫, 岡村菊夫, 小野佳成, 大島伸一(名古屋大) [症例1] 20歳, 女性, 1994年, 神経因性膀胱, 膀胱萎縮のため膀胱摘除術を施行し, 尿禁制リザーバーを造設した。1998年3月, 左側腹部打撲後無尿となり入院。精査にて尿管リザーバー吻合部狭窄のため, 4月24日ホルミウムヤグレーザーを用いた経皮的狭窄部切開術を施行した。[症例2] 79歳, 男性。1990年1月膀胱腫瘍にて膀胱全摘除術, Kock式新膀胱を造設した。1997年12月両側水腎症のため入院, 尿管新膀胱吻合部に狭窄を認めた。1998年1月24日ホルミウムヤグレーザーを用いた経皮的狭窄部切開術を施行した。[まとめ] ホルミウムヤグレーザーは二次性上部尿路狭窄切開術において有用であると考えられた。

ESWLによる腎盂破裂をきたし, 膿腎, 腎周囲膿瘍となり腎摘出術が必要となったサンゴ状腎結石の1例: 成島雅博, 下地敏雄, 瀧田徹(名鉄) 膿尿, 尿潜血を主訴の左サンゴ状腎結石症の43歳, 男性。入院時検査は白血球12,800, CRP 3.4, 尿沈渣 RBC 10~20/hpf, WBC 多数/hpf, 尿培養陰性, 尿結核菌培養陰性。6Fr クロス型ダブルJ カテーテルを挿入後, Siemens 社製 Lithostar を使用し16~19 KV 1万回 ESWL 施行。直後から39~40°Cの発熱あり, 左腰部から側腹部痛も持続。翌日のKUBで碎石片の腎盂外存在が疑われ, その後のCTで碎石片の腎外存在と膿腎による左腎腫大が判明。経皮的ドレナージはCT, US上膿瘍は多発性のため無効かつ危険と思われた。高熱は各種抗生剤, 抗真菌剤, 抗結核剤, γグロブリンに反応せず解熱傾向なく, 35日目左腎摘除術を施行し解熱。摘出標本では腎盂と腎周囲は碎石片が混ざった膿が充満, 病理で腎外での結石破片の異物反応を確認。

糖尿病に合併した陰茎壊疽の1例: 鈴木弘一, 佐井紹徳, 加藤久美子, 村瀬達良(名古屋第一赤十字) 患者は, 49歳, 男性。主訴は, 陰茎龟头部の黒色変化, 膿汁分泌, 陰茎腫脹。既往歴に糖尿病がある。現病歴, 1997年5月頃より, 主訴が出現。龟头部の黒色変化が次第に進行。陰茎腫瘍の疑いにて, 7月14日, 当科へ紹介。7月16日, 龟头部の組織生検施行。悪性所見は認めず。広範囲な凝固壊死と, 小~中型動脈の内膜肥厚, 閉塞, 再疎通が認められ, 糖尿病による血管病変が示唆された。7月29日陰茎陰囊壊死部に対して, 可及的に陰茎切断, 陰囊皮膚切除術を施行。創は開放のままとした。両側精巣は温存できた。膿培養では, st. faecalis が認められた。インスリンによる糖尿病のcontrolを行いつつ, 9月17日, 陰囊皮膚植皮術を施行。11月17日, 壊死した陰茎の追加切除を行い, 会陰部に尿道皮膚瘻術を施行。術後経過は良好。1998年6月, 自排尿もsmoothである。

女性腹圧性尿失禁に対する Bladder neck support prosthesis (BNSP) による非手術的治療の臨床的検討: 吉川羊子, 近藤厚哉(碧南市), 後藤百万(名古屋大) BNSPは, 2つの隆起を有するシリコン製リングで腔内に挿入されると膀胱頸部を挙上して腹圧性尿失禁を防止する。当院にて1997年より12名の尿失禁症例に本法を施行

し, 臨床的に検討した。年齢は39~81(平均53.4)歳で, 5例はすでに骨盤底筋訓練法を行っている。60分間尿失禁定量テストでは11症例が2g未満の結果であったが, 自覚症状は尿失禁の頻度・程度ともに中等度~高度であった。6例は尿失禁が消失, 3例が著明改善, 3例が不変であった。6例が治療の継続を希望し, 6例は中止した。中止の理由としては, 疼痛2例, 手術希望2例, 尿失禁軽減によるもの2例であった。いずれも重篤な副作用・合併症は認めない。BNSPは, 装着と同時に尿失禁が改善し, 中等度~高度の尿失禁症例にも奏効する。尿失禁の理学療法として有用である。

TUR後に尿道再発をきたした膀胱腫瘍の1例: 浅井直之, 黒田和男, 弓場 宏, 後藤百万, 岡村菊夫, 小野佳成, 大島伸一(名古屋大) 82歳, 男性。既往にネフローゼ症候群を認めた。1994年7月, 広基性乳頭状腫瘍に対しTUR-Btを施行した。病理はTCC G2, >pT2であったが高齢と合併症のため全摘は施行せず, 動注化学放射線療法を施行しCRを得た。1997年9月に尿細胞診陽性となり, 膀胱生検を施行したところ1カ所にCISを認め, BCG膀胱療法を施行した。1998年2月に尿細胞診陽性となり, 尿道膀胱鏡検査で前部尿道に多発性乳頭状腫瘍を認めた。1998年4月にTURを施行し, 病理はTCC G2, pT1であった。本症例の報告とともに, 浸潤性膀胱癌における尿道再発について文献的考察を行った。

膀胱憩室に合併した膀胱腫瘍の1例: 小澤輝晃, 青田泰博, 吉田和彦(国立名古屋) 70歳, 男性。尿閉にて受診。導尿にて2,200mlの残尿があった。諸検査にて, 小鶏卵大の前立腺肥大および手拳大の膀胱憩室症と診断。1998年1月22日腰椎麻酔下にTUR-Pを施行。つづいて2月3日全身麻酔下に下腹部正中切開にて膀胱憩室切除術を施行した。切除された憩室内より隆起性の腫瘍がみつかった。病理組織学的診断は, metaplastic carcinoma G3で憩室壁の筋層に浸潤が認められた。しかし患者の希望により特に追加治療は行わず現在外来にて経過観察中である。膀胱憩室腫瘍は現在までに本邦で約170例の報告があるが, 自験例のように肉腫様変化を示すものはきわめて稀で, わずかに数例の報告があるだけである。膀胱憩室腫瘍の予後は悪く, 憩室切除だけでは不十分であるとする意見も強い。本症例も今後厳重な経過観察が必要であると思われる。

膀胱悪性リンパ腫の1例: 浅井伸章, 池内隆人, 堀 武, 平尾憲昭(厚生連加茂) 症例は77歳, 女性。肉眼的血尿と度重なる膀胱炎様症状を訴え受診。膀胱鏡にて膀胱右側壁から頂部にかけて粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。経尿道的に生検し, B細胞性 MALT 型悪性リンパ腫(MALT; mucosa-associated lymphoid tissue)と診断した。頸部~骨盤CT, Gaシンチ, 胃カメラなどの全身の検索にて異常なく, 膀胱原発のものと考えられた。骨盤部に計48Gyの放射線療法を行い寛解, 3カ月経過観察した現在, 再発を認めていない。MALT型悪性リンパ腫はリンパ節以外の臓器から発生する節外性リンパ腫の概念で, 消化管に多く, 膀胱に原発することは稀でわれわれの調べたかぎり本邦37例目と思われる。B細胞性で低悪性度のものが多く, 放射線療法や化学療法が有効で予後は比較的良好とされる。

後部尿道ポリープの1例: 磯部安朗, 上平 修, 山田 伸, 松浦治, 近藤厚生(小牧市民) 3歳の男児。1998年1月19日から24日まで, 他院にて急性扁桃腺炎のため入院治療。翌25日, 尿閉を主訴に再受診。26日, Foleyカテーテル留置。IVP, 膀胱造影, エコーにて膀胱内腫瘍による尿閉を疑われ, 29日当院へ紹介あり, 入院となった。2月6日, 尿道・膀胱内の観察と共に経尿道的腫瘍切除術を施行。球状の腫瘍が膀胱内, 内尿道口近くに存在し, その根部は精阜へと繋がっていた。腫瘍は13×8×8mm, 表面は平滑。病理所見上, 炎症細胞の浸潤が強く認められるものの, 粘膜下の浮腫, 上皮の陥入は軽度であり, アザン染色で全体に線維組織の増生を認めた。PSA染色, PAP染色は陰性。後部尿道に発生した線維性ポリープであると診断

された。術後経過は順調であり、2月18日退院。現在外来にて経過観察中であるが、排尿状態は良好で、特に問題を認めていない。

膀胱原発カルチノイドの1例：永田仁夫，水野卓爾，渡辺哲也，石川 晃，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大），谷岡書彦，樺村春彦（同病理部） 74歳，女性，肉眼的血尿，尿細胞診 class III，膀胱鏡で前壁に径約1cmの粘膜下腫瘍認め、生検で malignant cartinoid と診断された。cartinoid 症候群を示唆する症状，血液生化学的に異常を認めず，尿中カテコラミンのうちアドレナリンのみ軽度高値を示した。原発巣の検索として気管支鏡・消化器内視鏡および生検を施行したが病変は認められなかった。さらに画像検査で子宮に占拠性病変を認め、子宮頸癌 stage 2a と診断された。以上より膀胱原発 cartinoid および子宮頸癌の併発と考え、膀胱部分切除，広範子宮全摘術を施行した。子宮頸癌の組織型は扁平上皮癌であった。一般的に cartinoid は再発・転移の頻度が高く，組織学的には良性腫瘍であるが，臨床的には悪性を示すことが多いため，膀胱に限らず全身の長期にわたる厳重な観察が必要であると考えられる。

腎盂外溢流をきたした前立腺癌尿管転移の1例：日比野充伸，山田泰之，永田大介，窪田裕樹，伊藤泰典，秋田英俊，河合憲康，橋本良博，戸澤啓一，上田公介，郡健二郎（名古屋市中） 71歳，男性。1996年5月，頻尿を主訴に来院し，中分化型前立腺癌ステージCと診断した。ホルモン療法を施行していたが，同年6月，CTにて，傍大動脈および，左腎門部リンパ節に転移を認めたため，同年9月より放射線療法を施行した。1997年12月末，突然の左腰部痛出現し来院した。IVPでは，左水腎症を呈し，逆行性腎盂造影にて，上部尿管の陰影欠損および腎盂外への造影剤の溢流像を認め，腎盂外溢流を伴った尿管腫瘍と診断，1998年1月27日，左腎尿管全摘術を施行，病理学的診断は，前立腺癌の尿管転移であった。術後，エストロゲン療法を施行し，現在生存中であるが，CT上，肝臓転移も認め，予後は不良である。前立腺癌の尿管転移は，文献上，本邦4例目。

嚢胞性前立腺癌の1例：山田泰司，文野美希，日置琢一，杉村芳樹（愛知がんセンター） 79歳，男性。主訴は排便障害。前立腺肥大症の診断で近医にてTUR-P施行されたところ病理組織結果は低分化型腺癌であった。術後抗アンドロゲン療法を受けていたが，排便障害が出現し，精査されたところ膀胱と直腸の間に直径約7cmの嚢胞を認められた。嚢胞穿刺施行されるも，再び増大傾向となったため当科紹介された。入院時血清PSAは6.5ng/mlと再上昇を認めた。また，TRUSにて嚢胞が前立腺と連続していること，嚢胞液が血清で，PSA濃度が高値を示していたことより，前立腺癌に伴う嚢胞形成と考え，前立腺部に対し6MVX線振子原体照射を66Gy施行した。放射線療法施行後，症状の軽減，PSAの正常化，嚢胞の縮小を認め，現在外来経過観察中である。

前立腺癌脊椎転移症例に対し椎弓切除術を施行した2症例の検討：森紳太郎，西山直樹，藤田民夫（名古屋記念），佐々木康夫（同整形外科） 脊椎転移を認める再燃性前立腺癌患者に対し椎弓切除術を施行し症状の改善を見た2症例。症例1，63歳，男性，高分化から中分化型前立腺癌全身骨転移。症例2，63歳，男性，低分化型前立腺癌全身骨転移。2症例とも突然の両下肢麻痺，感覚障害出現。急速に進行する脊髄圧迫症状があり生命予後が6か月以上期待できるものと判断し，苦痛除去と残された期間のADLの維持を目的に緊急に椎弓切除術を施行。術後8か月生存しそのうち約5か月間ADLの著明な改善が得られた症例2では手術の目的がかなり達成できたと考えられる。術後5か月しか生存できず，うちADLの改善は約1か月間しか得られなかった症例1では手術の目的は十分達成できなかった。

低Na血症を呈した前立腺原発小細胞癌の1例：内田克典，芝原拓児，保科 彰（山田赤十字），松本純一（松本医院），川村壽一（三重大） 患者は72歳，男性，1997年4月頃より排尿困難を認め同年7月当院受診，低Na血症を認め入院となった。既往歴に高血圧，家族歴に特記事項なし。諸検査でSIADHと診断，水，制限，デメクロサイクリン投与を行った。PSA正常であったが，石様硬の前立腺を触知し前立腺生検を施行，HE染色および電顕で小細胞癌と診断した。CT，MRI，骨シンチ等で骨転移，リンパ節転移を認めたが，他はSIADHの原因となる悪性腫瘍，器質的病変など認めなかった。以上よりSIADHを呈した前立腺原発小細胞癌 stage D2 と診断し

た。原疾患に対し無治療で経過を見ていたが全身状態悪化し死亡，全経過は5か月であった。SIADHを呈した前立腺原発小細胞癌は文献上2例目であった。

左精巣 Burned-out tumor が疑われた1例：水本裕之，七浦広志，加藤慶太郎，赤堀将史，上條 渉，瀧知 弘，三井健司，日比初紀，大下博史，山田芳彰，本多靖明，深津英捷（愛知医大） 30歳，男性。左頸部リンパ節腫脹を主訴とし1997年7月18日当科受診，頸部リンパ節生検にて non-seminomatous germ cell tumor, embryonal carcinoma の病理診断を得た。頸部CTにて左鎖骨上窩，下内深頸リンパ節の腫大あり，最大径4.0cmで，頸下リンパ節の腫大は，最大径2.0cmあり腹部CTにて傍大動脈リンパ節の腫大を認め最大径は4.8cm，第一腰椎の高さに始まり第五腰椎までは連続性にあり，左精巣超音波検査では，1～2mmの小石灰化を2箇所認め，左精巣 burned-out tumor stage IIIA の診断のもと化学療法（BEP）3クール施行後CTにて頸部リンパ節腫脹なし，傍大動脈リンパ節腫大は最大径1.8cmと縮小を認めた。今後，後腹膜リンパ節，頸部リンパ節廓清，左高位除精巣術，右精巣生検予定である。

右精巣摘除4年後に右腎転移をきたした1例：吉村 麦，安積秀和，安藤 裕（名古屋市中東市民） 37歳，男性。1993年4月右精巣腫瘍の診断の下，右高位精巣摘除術施行。病理結果はLeydig cell tumor+unclassified tumorであり，日本泌尿器科学会病期分類I期で，PVB療法を3クール行い，経過観察していたが，1994年胸骨転移を認め，放射線療法を施行した。1997年9月にCTにて右腎上極に腫瘍を認め，1998年2月右腎全摘出術を施行。腫瘍は境界明瞭な黄色粥状な腫瘍であり，病理組織はunclassified tumorで，右精巣腫瘍の転移と考えられた。精巣腫瘍は後腹膜リンパ節，肝，肺，脳などに多発性に転移を認めることは日常多く経験するが，今回われわれが経験したような，後腹膜リンパ節に肉眼的腫大を認めず，一側の腎に転移をきたした症例は過去に海外で3例，国内では1例目であった。

化学療法と放射線療法で40か月後もCRを得ているStage III C 精巣腫瘍の1例：高山達也，大平智昭，海野智之，麦谷莊一（聖隷三方原），畑 昌宏，鈴木和雄，藤田公正（浜松医大） 36歳，男性。主訴は呼吸困難。既往歴，家族歴に特記すべきことなし。腫瘍マーカーはLDH 7,848 IU，AFP 186 ng/ml，hCG 1,800 mIU/ml，hCG-β 9.2 ng/ml。Stage III C 精巣腫瘍（肺，縦隔リンパ節，肝，後腹膜リンパ節転移）の診断で高位精巣摘除術施行。155 g，7.5×5.0×5.0 cm，pT3，STGC（+）。セミノーマ，胎児性癌を主体とし，卵黄嚢腫瘍，未熟奇形腫，絨毛癌が混在する複合組織型胚細胞腫瘍であった。BEP 3回，VIP 3回施行し，CRを得た。術後9か月で脳転移出現。50 Gy（全脳30 Gy+局所20 Gy）照射し，腫瘍はほぼ消失。術後40か月，脳転移後31か月経過した現在，腫瘍マーカーは陰性で再発の徴候はない。

腹部腫瘍を主訴とした左停留精巣腫瘍の1例：三島淳二，柳岡正範，置塩則彦（静岡赤十字） 症例は30歳，男性。肉眼的血尿・著明な腹部膨隆・腰部痛を主訴に救急外来受診し，右腎結石を指摘され当科初診となる。陰嚢内に左精巣を触知せず，IVP上左腎・尿管の外側への圧排，CTにて腹部～骨盤部の径約15cmの充実性腫瘍を認めた。また，左鎖骨下リンパ節に著明な腫瘍を認め生検目的で摘出したところ typical seminoma であった。骨シンチグラムではTh12付近に異常集積を認めた。われわれは左停留精巣に発生した精巣腫瘍 Stage III C と診断しVIP療法を3クール施行した。化学療法終了後，腫瘍は著明に縮小し，生検目的を兼ねて腫瘍摘出術施行。腫瘍病変は，ほぼ壊死組織で置換されており viable cell 認めなかった。骨転移に対して局所放射線療法20 Gyを施行したところ骨シンチグラム上，改善を認め現在も経過観察中である。

尿道皮膚瘻を形成した尿道異物の1例：甲斐司光，山本茂樹，長井龍哉（西尾市民） 30歳，外国人男性。1998年4月6日，長径10mmの豆12個を自ら尿道口より挿入。除去できなくなり，疼痛増悪，陰茎が腫脹し，4月14日当科受診。膿尿を認め，陰茎は赤黒く腫大，振り子部尿道より皮膚瘻を形成していた。ただちに膀胱瘻を造設し，4月17日に尿道切開にて異物除去術を施行した。1週間後，瘻孔は自然閉鎖した。術後の排尿障害や性機能障害は認められていない。（考察：異物が植物であったため，慢性ではなく急性炎症の経過をた

だった。このためかえって、術後の経過が良好であった。受診後ただちに膀胱瘻を造設し、尿路変更を行ったことが、瘻孔の早期閉鎖を促したと考える。）

気腫性腎盂腎炎の1例：伊藤卓一郎，梅本幸裕，津ヶ谷正行（豊川市民），秋田英俊（名古屋大） 症例は46歳，女性。40歳時に糖尿病を指摘され，内服治療を受けるも，2年で自己中断していた。右下腹部痛を主訴に受診。腹部CTにて右腎内にガス像を認め，気腫性腎盂腎炎の診断で緊急入院した。入院後から，強力な化学療法および血糖のコントロールを施行するも全身状態の改善が認められず，入院翌日，経腰の右腎摘出術を施行した。手術直後から全身状態は顕著に改善した。原因菌は *E. coli* であった。気腫性腎盂腎炎は本邦において，1974年に初めて報告されてから，現在までに122例の報告がある。約90%に糖尿病の合併を認め，女性に多い。治療法としては，可能であるかぎり早期の腎摘出術が最善であると考えられた。

膀胱結腸瘻の2例：神田英輝，木瀬英明，F. Cornel，金井正博，深津孝英，黒松 功，小林一昭，大西毅尚，奥野利幸，山川謙輔，林宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大） 症例1は72歳，男性，主訴は気尿，膿尿。注腸造影にて膀胱が造影され，逆行性膀胱造影にてS状結腸が造影され，膀胱鏡にて瘻孔を確認しS状結腸膀胱瘻の診断にてS状結腸部分切除，膀胱部分切除を施行した。病理組織所見よりS状結腸憩室炎による瘻孔形成であった。術後経過良好であり，気尿，膿尿など認めていない。症例2は79歳，男性，主訴は気尿。逆行性膀胱造影にてS状結腸が造影され，膀胱鏡にて瘻孔を認めたためS状結腸膀胱瘻と診断。既往歴に大腸憩室があり，憩室炎により瘻孔形成したものと思われた。全身状態不良のため手術施行せず，保存的に経過観察したが，診断より2カ月後肺炎のため死亡した。

外科骨盤内手術時の尿管損傷に対し尿路再建を施行した4例：市野学，星長清隆，泉谷正伸，石瀬仁司，櫻井 禪，森川高光，深見直彦，伊藤 徹，永 裕彰，丸山高広，樋口 徹，加藤 忍，白木良一，堀場優樹，名出頼男（藤田保健衛生大） 骨盤内手術時の合併症である尿管損傷を4例経験した。原疾患は直腸腫瘍で術式は腹会陰式直腸切断術が3例，骨盤内臓器全摘術が1例であり，内3例が尿管完全断裂例で，1例は尿管壁の半周欠損であった。修復術として尿管完全断裂例の内1例にBoari法による尿管膀胱新吻合術を，2例にPsoas hitch法併用による尿管膀胱新吻合術を施行した。尿管壁の半周欠損症例にはシングルJ尿管ステント留置のみを施行した。いずれの症例も修復術後に吻合部狭窄や尿瘻を認めなかった。〔結語〕尿管損傷の修復術は緊急手術であり，症例により損傷の程度は様々である。そのため日頃より多くの術式に精通していることが重要と思われる。

骨盤内臓器手術後のインポテンスに対するアルプロスタジルの使用経験：深見直彦，堀場優樹，桜井 禪，石瀬 仁，森川高光，市野学，伊藤 徹，丸山高広，永 裕彰，樋口 徹，加藤 忍，泉谷正伸，白木良一，星長清隆，名出頼男（藤田保健衛生大） アルプロスタジルのPGE1製剤で，平滑筋弛緩作用により勃起増強作用を示す。今回本薬剤を骨盤内臓器手術施行例3症例に経尿道的に投与し勃起に対する有用性について検討した。勃起持続時間は平均63分，3症例すべてに完全勃起が得られた。本薬剤の経尿道投与は非常に簡単であり60%以上の有効率が認められ様々な原因による勃起不能状態が，長期間継続した症例においても非常に有用であったと報告されている。われわれの3症例ともに有効であった。副作用は尿道痛と会陰部痛が認められたが，いずれも軽症であった。本剤は安全性に優れ今後インポテンスの治療に重要な位置を占める治療法だと思われる。

重複下大静脈に合併した右腎細胞癌の1例：山本洋人，岩瀬 豊（厚生連愛北） 50歳，男性。会社の検診で肝機能障害を指摘され当院内科を受診。内科の腹部超音波検査で右腎に腫瘤が認められたため1997年7月11日当科を初診。腹部CTで右腎腫瘍と下大静脈が2本認められた。下大静脈造影で右上主静脈，左後主静脈の遺残したBC型の重複下大静脈と診断した。1997年7月28日，経腹の右腎摘出術を施行した。摘出右腎は910g，上極に100×80mmの中心部の壊死している腫瘍を認めた。病理診断はRCC，common type，clear cell subtype，pT3a，G1>G2，INF-βであった。1998年6月12日現在インターフェロンを投与しており，再発，転移はなく生存中である。重

複下大静脈の病因は発生学的由来に基づき，剖検例，臨床例ともに1～3%に認められる。術前の画像診断で重複下大静脈のような血管の奇形も存在することを念頭においておく必要があると考えられた。

腎癌術後9年目に膵頭部転移をきたした1例：小倉友二，亀田晃司，蘇 晶石，吉村暢仁，梅田佳樹，村田万里子，鈴木竜一，脇田利明，佐谷博之，山川謙輔，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大） 70歳，男性。両側性腎細胞癌に対し1989年7月，根治的腎摘除術および右腎部分切除術施行された。術後，6カ月毎，CTにてfollow upされていた。1997年12月，CTにて膵頭部にhypervascular massを認めた。血管造影，Tumor marker，採血結果などより，腎細胞癌の膵転移を疑い，当院第一外科にて摘除術が施行された。組織所見は，前回の腎細胞癌と同様であった。術後補助療法は施行されていない。経過良好である。腎細胞癌の膵転移に対し，摘除術が施行されたのは，本邦50例目である。

von-Hippel-Lindau病に合併した腎細胞癌の1例：今西武志，渡辺哲也，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 38歳，女性。肉眼的血尿，全身倦怠感を主訴に近医受診し，高度貧血が認められたため緊急入院した後，精査加療目的で当科入院。家族歴に特記すべきことなく，既往歴では1992年に小脳血管芽細胞腫の手術を施行。画像診断では右腎部に内部不均一。境界不明瞭な腫瘍と下大静脈内の腫瘍塞栓，左右の小脳半球の小脳血管芽細胞腫の再発，左腎囊胞・脾囊胞が認められた。これらの結果よりvon-Hippel-Lindau病に合併した右腎細胞癌，下大静脈腫瘍塞栓と診断。右腎動脈塞栓術施行後，全身状態の改善を待って根治的右腎摘除術，腫瘍塞栓摘出術を施行。摘出標本は150×50×60mm，375g。病理診断はRCC，clear cell subtype，G2，pt3b，pn0，pv2であった。その後，インターフェロンα・γ併用療法を行い，現在は外来でインターフェロンαを投与しつつ経過観察中である。本疾患における腎細胞癌は両側性・多発性の傾向が強く，今後も慎重な経過観察が必要である。

腎原発カルチノイドの1例：斎藤英樹，佐藤 敦，土田 誠，渡邊耕平（聖隷浜松） 55歳，女性。既往歴として帝王切開を2回受けている。1996年12月の検診で超音波上，右腎腫瘍を指摘され，当科紹介。CTにて右腎下極に石灰化を伴う8cmの腫瘍および傍大動脈リンパ節転移を認めた。腫瘍は，血管造影ではhypervascularであった。右腎腫瘍の診断にて，1997年1月，根治的右腎摘除術を施行した。病理診断では，HE染色で腺管状，索状構造を示す腫瘍細胞を認め，曾我分類Bタイプと思われた。また，グリメリウス染色陽性，電子顕微鏡所見にて，神経分泌顆粒が証明され，消化管などの他臓器に異常を認めないことから，腎原発カルチノイドと診断された。術後，補助療法としてCPMとMTXの併用療法を施行した。術後14カ月現在，外来にて経過観察中である。

後腹膜血管肉腫の1例：中村小源太，網川常郎，田中國明，辻 克和，古川 亨，橋本好正，近藤隆夫（社保中京），竹内宣久（市立半田） 66歳，男性。1998年1月に貧血による心電図異常のため当院循環器科に入院中，下腹部に小児頭大の腫瘍を指摘され，後腹膜腫瘍を疑われ，当科に転科となった。種々の画像診断にて膀胱頂部と接する後腹膜腫瘍と診断した。1998年2月3日全麻下に開腹し，浸潤の疑われた膀胱および回腸の一部を含め，en blockに腫瘍を摘出した。腫瘍の重量は1,240gであり，大きさは14×13×8cmで繊維状の被膜に覆われ，中心部は壊死していた。病理組織は，第8因子抗体染色が陽性を示したため，血管肉腫と診断した。合併切除した膀胱，回腸には腫瘍浸潤を認めなかった。術後4カ月経過した現在再発はなく生存中である。後腹膜原発の血管肉腫は稀であり，本邦4例目の報告と考えられた。

小児骨盤内リンパ管腫の1例：岡田正軌，田中一矢，大堀 賢，青木重之，西川英二（名古屋掖済会），鷺見成晴（同産婦人科），瀧知弘，深津英捷（愛知医大） 4歳，女児。1998年3月発熱にて近医受診。翌日より腹痛を認め再受診。虫垂炎穿孔による腹膜炎疑われ，当院紹介受診。超音波検査，CTにて骨盤腔内を占める多房性囊胞性腫瘍を認めたため，小児科入院となった。入院後卵巣腫瘍疑われ，産婦人科にて同年4月腫瘍摘除術施行。腫瘍は膀胱子宮窩に存在し，膀胱後面と強く癒着していたため泌尿器科依頼となり，膀胱を一部合併切除した。腫瘍は子宮とも軽度癒着し，卵巣は両側とも正常であっ

た。摘出標本は大きさ 13×12×7 cm, 重量 530 g, 大小の嚢胞が混在し内容液は無色透明, 漿液性であった。病理診断はリンパ管腫であった。膀胱, 子宮のうち原発臓器は特定できなかった。現在のところ再発は認めていない。

CDDP-放射線併用療法が有効であった stage IV_A 尿膜管癌の1例: 佐藤 元, 青木圭司, 田所 茂 (浜松赤十字) 症例は48歳, 男性。6カ月前より, 頻尿を主訴に近医受診し, 内服治療を受けるも症状増悪し, 肉眼的血尿, 右下肢腫脹も認めるようになり当科受診した。CT, MRI, 膀胱鏡下腫瘍生検にて膀胱浸潤 (膀胱壁は高度に肥厚, 膀胱容量は約 50 cc, 頂部から前壁にかけて乳頭状腫瘍を認め), 高度の腹直筋, 腹壁浸潤, 右尿管狭窄による高度右水腎症, 右鼠径リンパ節転移を認める尿膜管癌 stage IV_A と診断した。病理組織は高分化型腺癌, 血液検査で CEA 52 ng/ml と高値であった。左尿管皮膚瘻造設術後, CDDP (70 mg/m² を 3 週毎点滴静注)-放射線 (2 Gy/day, 総線量 50 Gy) 併用療法を開始した。CDDP 3 コース終了時, 腫瘍は画像診断上約50%縮小, CEA 値は正常化, 右下肢腫脹はなくなり, 右水腎症も改善した。

副腎 DOC 産生腫瘍と考えられた 17 α -OH lase 欠損症の1例: 小津兆一郎, 中島洋介, 畠山直樹 (伊勢慶應), 本間桂子, 竹下栄子 (慶應大中検内分泌), 馬場志郎, 村井 勝 (慶應大) 39歳, 女性。被殻出血による発語障害で入院。高校2年より高血圧, 無月経を指摘され放置。身長 188 cm, 体重 83 kg, 乳房発育不良, 外性器は無性

毛。精査により低K血症, 血中 DOC および ACTH 高値, 血中 DHEA-S 低値, 腹部 CT で径 3 cm の右副腎腫瘍を認めた。内性器を認めず染色体検査は 46XY を示した。17 α -OH lase 欠損症による性腺機能低下症と右副腎 DOC 産生腫瘍の診断で, 後腹膜腔鏡下右副腎摘除術を施行, 病理診断は副腎皮質腺腫であった。高血圧, 低K血症は術後も改善せずステロイド投与により正常化し, 最終的に 17 α -OH lase 欠損症による副腎過形成と診断した。17 α -OH lase 欠損症に伴う副腎過形成は両側に生じるが, 本例のように片側の腺腫様過形成の報告はなく, 興味ある1例と思われた。

尿閉にて見つかった仙骨部脊索腫の1例: 深津孝英, 田島和洋, 斎藤 薫 (鈴鹿中央総合), 舘 靖彦 (同整形外科), 梅田佳樹 (三重大) 71歳, 男性。2年前より臀部左側にある拇指等大の腫瘤に気付いていたが放置。1996年12月, 尿閉にて当院外科より紹介受診。CT, MRI にて, 膀胱後部から臀部皮下に達する直径 10.5 cm の腫瘍を認めた。臀部よりの経皮的生検にて, 仙骨部脊索腫と診断。1997年1月に他院にて, 腫瘍摘除術およびS状結腸人工肛門造設術が施行された。仙骨 S3 レベルでは, 馬尾は腫瘍に移行していたため, 馬尾を含め硬膜管を S2 レベルで, 椎体は S2 下 1/3 の高さで切除した。術後の問題点として, 排尿障害が多く論じられているが, 括約筋のコントロールは直接的に温存された神経路によると言われている。本症例は, S2 までの温存と考えられるが, 術後極度の尿失禁を認めた。現在のところ経過良好で再発を認めていない。